

**朝霞市**

- こども医療費
- ひとり親家庭等医療費 現物給付請求明細書
- 重度心身障害者医療費(一般分)

	枚 中	
--	--------	--

年 月 日

朝霞市長 宛

※医療機関コード					

名 称  
代表者名

	①受給者番号	②受給者氏名(カタカナ)		④診 療		⑤診療 日数	⑥保険診療総点数 (点)	⑦他法点数 (点)	⑧保険診療 一部負担金(円)	⑨ 受 給 者 自己負担金(円)	⑩医療機関→市 請求額(⑧-⑨)	⑪診療科名
		③ 生 年 月 日		年	月							
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
⑫ 小 計			件									円
⑬ 合 計			件									円